Ein Fall von Aktinomykose am Oberkiefer.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Fritz Peters,
prakt. Zahnarzt.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Henke.

Veranlassung zu dieser Arbeit gab ein kürzlich in dem zahnärztlichen Institut beobachteter Fall von Aktinomykose des Oberkiefers, der insofern etwas aus dem üblichen Rahmen herausfiel, als auch das Augenlid in den Bereich der Erkrankung gezogen war. Auch schien die Untersuchung der pathogenetischen Seite dieses Falles der Mühe Wert zu sein.

Ich lasse die Krankengeschichte im Expert folgen:

Anamnese: Karoline Z., aufgenommen am 26. 10. 1920. 22 Jahre alt. Patientin bemerkte bereits vor 6 Wochen eine stärkere Schwellung im Bereich der rechten Wange, die ihr aber keine merklichen Schmerzen verursachte. Nach Auflegen trockenwarmer Umschläge erfolgte ein Eiterdurchbruch etwa in der Mitte der äußeren Wange. Die Durchbruchsstelle schloß sich wieder. Vor etwa 14 Tagen griff die Schwellung weiter auf die das rechte Auge umgebenden Weichteile über und in der Folge auch auf die Schläfengegend. Da das Sehen durch die Geschwulst stark beeinträchtigt wurde, stellte sich die Pat. am 12. 10. in der Augenklinik vor. Von hier wurde sie am folgenden Tage dem dermatologischen Institut überwiesen. Nach dreiwöchentlicher Beobachtung wurde die Pat. nach dem negativen Ausfall des Wassermanns zum zahnärztlichen Institut geschickt, mit der Angabe, daß es sich wahrscheinlich um fiskulöse Durchbrüche, vom Zahnsystem ausgehend, handele. Die Kranke stammt aus gesunder Familie, alle Geschwister leben. Sie selbst ist nie bettlägerig krank gewesen. Bis Ende Juni war sie in einer Spinnerei beschäftigt. Die Frage, ob sie die Gewohnheit hätte, zeitweise Flachshaare in den Mund zu nehmen, verneint die Pat. In letzter Zeit hat sie mitunter im Kaninchenstall zu tun gehabt; die Tiere waren stets vollkommen gesund.

Status praesens: Bei der äußeren Inspektion zeigt sich eine mäßige Schwellung der rechtsseitigen Wangengegend. Hautfarbe unverändert. Etwa in der Mitte der Schwellung eine erbsengroße Borkenbildung. Lebhafter sind beide Augenlider geschwollen, zugleich deutlich gerötet. Eine dritte, aber weniger starke Schwellung besteht in der Schläfengegend. Bei der Palpation erweist sich die derbe Infiltration aller dreier Schwellungsgebiete als elastisch hart, teilweise deutlich umschrieben. Derbe Verdichtungen sind als Verbindungen der drei Gebiete fühlbar und lassen hier die Abgrenzung verschwimmen. Eine mangelhafte Verschieblichkeit, namentlich der Wangenhaut, zeigt eine Verlötung mit der Unterlage an. Lymphdrüsen nicht geschwollen. Mäßige Kieferklemme.

Im Mundvorhof eine strangartige Verdickung fühlbar vom oberen ersten Molaren nach der Mitte der Wange hinziehend. Der erste Molar tief kariös zerstört, sonst sämtliche Zähne unversehrt.

Diagnose: Aktinomycosis maxillae.

Therapie: Extraktion des Molaren. Ausräumung der aktinomykotischen Herde mit dem scharfen Löffel.

28. 10. Wundverlauf reaktionslos, Operation gut überstanden.

In der Folgezeit entwickeln sich zwei Rezidive (die ebenfalls aktinomykotischer Natur sind), Auslöffelung.

Bietet schon die Ausbreitung der Affektion nach dem Augenlid etwas nicht gerade Gewöhnliches — der erste gleichartige Fall wurde erst 1892 von Partsch beschrieben, also fast 20 Jahre nach Bekanntwerden dieser merkwürdigen Infektionskrankheit —, so war es vor allem interessant, die Pathogenese dieses Falles zu beleuchten. In dieser Hinsicht war ein deutlicher Fingerzeig in dem zu dem einzigen kariösen Zahn des Oberkiefers hinziehenden bindegewebigen Strang gegeben, und die Vermutung lag nahe, daß dieser den Infektionserreger aufgenommen und ihm als Brutstätte gedient hatte. Herr Geheimrat Partsch war so liebenswürdig, mir den Zahn und bei der Operation gewonnene Granulationsmassen zwecks Klärung dieser Frage und Sicherung der Diagnose zur mikroskopischen Untersuchung zu über-

lassen. Was die Technik der Untersuchung des Zahnes anbelangt, so wurde die Entkalkung nach der von Partsch angegebenen Methode vermittels 5%iger wässeriger Lösung von Trichloressigsäure vorgenommen. Obwohl die Flüssigkeit alle 24 Stunden gewechselt wurde, ging die Entkalkung doch sehr langsam vor sich. Die in dieser Einsicht gemachten Angaben in der Literatur differieren zwischen 5 und 10 Tagen. Bis zur vollständigen Entkalkung meines Präparates benötigte ich etwa 5 Wochen, obwohl nach 14 Tagen statt der 5%igen Trichloressigsäure eine 8%ige genommen wurde. Ich vermute, daß diese Verzögerung die Folge starker perizementischer Verdickungen des Zahnes ist, welchem Umstand ich auch, wie sich später bei der Anfertigung der Schnitte herausstellte, die ungleichmäßige Entkalkung der Zahnsubstanzen zuschreibe. Dadurch stellten sich naturgemäß einer sorgfältigen Anfertigung von Schnitten erheblicher Schwierigkeiten in den Weg, sodaß von vornherein auf die Herstellung von Serienschnitten verzichtet werden mußte. Auch konnten dementsprechend nur Schnitte von 5—10 μ Dicke angelegt werden, was hinsichtlich distinkter Färbung und genauen Durchmusterung der Präparate unvorteilhaft ist. Das Einbetten des Zahnes und der Granulationsmassen geschah nach der bekannten Art und Weise in Zelloidin. Die Schnittführung wurde quer zur Richtung des Wurzelkanals vorgenommen.

Um das Untersuchungsergebnis des Zahnes gleich vorwegzunehmen, so ist der Wunsch der Vater des Gedankens geblieben. Der in seinem Kronenteil gänzlich zerstörte Molar zeigte in den tieferen Schichten nach der Wurzelspitze zu die Kanäle mit Detritusmassen und Bröckeln erweichten und zerfallenen Zahnbeins angefüllt. An einzelnen Stellen fanden sich dem Aktinomykespilz ähnliche Gebilde, die aber als Träger einer sicheren Diagnose nicht in Frage kamen. Gefärbt wurde nach den verschiedensten Methoden, wie sie Zschokke, Gram, Weigert, Boström und Gieson angegeben haben.

Glücklicher war die Durchmusterung der ebenfalls in Zelloidin eingebetteten Granulationsmassen. Hier zeigte fast jeder Schnitt typische Drusen von mannigfaltiger Form und Größe.

Bald waren sie kreisförmig geschlossen, bald gelappt, mit Lücken im Innern, am häufigsten halbmondförmig. Die besten Bilder zeigten die nach Gram gefärbten Präparate, zumal wenn zwecks stärkerer Differenzierung eine Kontrastfärbung des Grundgewebes mittels Lithiumkarmin erzeugt war. Hier hoben sich auf roter Unterlage die blaugefärbten Drusen sehr deutlich ab und gestatteten eine genaue Unterscheidung der drei Hauptbestandteile derselben im Zentrum das wirr verschlungene Faserwerk, welches den Kern der Druse darstellt, die radiär ausstrahlenden Fäden und die keulenförmigen Endstücke, die vorzugsweise an der konvexen Randpartie auftraten und bei schwacher Vergrößerung der Druse einen lichthellen Saum verliehen.

Wie haben wir uns nun, nachdem auch die mikroskopische Untersuchung des Zahnes zu keinem Resultat geführt hat, die Genese dieses Falles zu erklären? Trotz des negativen Untersuchungsergebnisses des anfänglich für schuldig erachteten Zahnes kann dieser ursprünglich den Erreger aufgenommen haben. Bei der Wanderlust des Pilzes ist es sehr wohl möglich, daß er zur Zeit der Extraktion des Zahnes seinen Wohnsitz bereits verlassen hatte und in entfernter gelegene Gewebspartien übergesiedelt war. Der Introitus des Strahlenpilzes in die äußere Wangenhaut ist nach den Angaben der Patientin nicht anzunehmen. Als zweiter Primärsitz der Affektion kommt nur noch die dem Zahn anliegende Schleimhaut in Frage. Obwohl hier nirgends eine Verletzung oder narbige Veränderung derselben festgestellt werden konnte, schließt solch ein negativer Befund die Annahme nicht aus, daß bei Beginn der Erkrankung an der Stelle, wo der bindegewebige Strang sein Ende hatte, ein Schleimhautdefekt bestanden hat, der zur Zeit, als der Fall zur Beobachtung gelangte, vollkommen regressiv geworden war. Derartige Vorkommnisse sind, wie die Erfahrung gelehrt hat, durchaus keine Seltenheiten. So kann mit der Annahme, daß hier der Introitus der materia peccans vor sich ging, der Schlüssel zur Pathogenese dieses Falles gegeben sein.